

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 223

Travail de la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur L. Tixier

Contribution à l'Étude
du **CANCER ANAL** et **ANO-RECTAL**
(Étude critique du Traitement)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8 Juillet 1924

PAR

Vladimir B. DOBOCHAREVITCH

Diplômé de Microbiologie

né à KRAGOUYÉVATZ (Serbie) le 10 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER ANAL ET ANO-RECTAL
Etude critique du traitement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 223

Travail de la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur L. Tixier

Contribution à l'Étude
du **CANCER ANAL** et **ANO-RECTAL**
(Étude critique du Traitement)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8 Juillet 1924

PAR

Vladimir B. DOBOCHAREVITCH

Diplômé de Microbiologie

né à KRAGOUYÉVATZ (Serbie) le 10 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puericulture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; COTTE, assesseur ;

SANTY et DUNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
BOUDIMIR V. ILITCH,

Lieutenant-Colonel,

Mort pour la Serbie, le 17 décembre 1917,
à Voden (Macédoine)

Son souvenir sera présent continuellement dans notre pensée, il nous guidera toujours dans les périodes difficiles de notre existence.

A MA MÈRE,

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de mon inaltérable reconnaissance.

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER,

*Professeur de la Clinique chirurgicale,
à la Faculté de Médecine,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous avons toujours profondément admiré ses qualités de chirurgien et de professeur, pendant les années où nous avons suivi ses cliniques et son service. C'est tout naturellement que nous sommes venu lui demander un sujet de thèse.

Nous le remercions de la grande bienveillance avec laquelle il nous a reçu et nous a confié ce sujet. Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BONNET,

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous garderons toujours un excellent souvenir de sa grande amabilité, et son nom restera associé, dans notre mémoire, à la première leçon de clinique chirurgicale que nous avons entendue en France.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIPPE ROCHET,

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Il nous a guidé de ses conseils, dans l'élaboration de ce travail : nous l'assurons de notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER ANAL ET ANO-RECTAL
Etude critique du traitement.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

« Ce sont les organes les plus exposés aux traumatismes divers, en prenant ce mot dans son acception la plus large, aux irritants de toute espèce et qui, par là, sont les plus sujets aux affections inflammatoires aiguës ou chroniques, qui sont aussi les plus souvent atteints de cancer. » (Ménétrier)

L'influence prédisposante des maladies antérieures générales et locales est possible, mais elle ne nous paraît pas toujours prouvée. A l'appui de ces hypothèses, on a invoqué la présence des hémorroïdes chez des malades atteints du cancer anal ou ano-rectal ; mais il faut songer à l'extrême fréquence des hémorroïdes pour se convaincre immédiatement que ces idées ne sont pas suffisamment démontrées.

Beaucoup d'auteurs pensent que les lésions syphilitiques tuberculeuses ou traumatiques jouent un grand

rôle dans la genèse du cancer anal ou ano-rectal. Nous pouvons admettre que la syphilis, les traumatismes et, peut-être aussi, la tuberculose, jouent un certain rôle dans la genèse du cancer, mais ce rôle n'a pas été vraiment démontré.

De toute manière, la recherche des lésions rectales antérieures au cancer est toujours nécessaire.

En effet, dans l'état actuel de nos connaissances sur la nature du cancer, on a une tendance à dire (peut-être pour masquer notre ignorance), que le cancer est un « déséquilibre cellulaire », qui se manifeste sous une influence encore peu précisée.

Age.

Le cancer anal ou ano-rectal est une affection de l'âge avancé. Nos observations nous montrent une limite d'âge de 53 à 75 ans. Il est inconnu chez les enfants et très rare chez les jeunes gens.

D'après les auteurs, il paraît plus fréquent chez l'homme que chez la femme, mais nos observations ne nous montrent pas cette prédilection pour le sexe masculin.

Siège.

L'orifice anal est quelquefois le siège du cancer, mais le plus souvent on le trouve à 1 ou 2 centimètres au-dessus de cet orifice et il peut affecter une plus ou moins grande étendue du rectum.

« On pourrait croire a priori que le cancer de l'anus
« se développant sur la peau ou sur une muqueuse
« dermo-papillaire, doit toujours appartenir à la va-
« riété pavimenteuse, tandis que le cancer rectal se-
« rait toujours un épithélioma cylindrique. Cela est
« vrai, en général, mais, à causé, d'une part, de
« l'épithélium à type intestinal, qui peut se rencon-
« trer dans l'intérieur du canal anal, et, d'autre part,
« de l'épithélium à type cutané qui recouvre la mu-
« queuse rectale dans certains cas d'inflammation
« chronique, on peut voir des cancers bas placés, à
« type intestinal ou cylindrique, et des cancers haut
« situés, à type cutané ou pavimenteux (Qénu). La
« distinction n'est donc pas absolue, et comme l'évo-
« lution clinique est la même, nous ne ferons aucune
« distinction entre le cancer de l'anus et celui de
« l'extrémité inférieure du rectum. »

(1) Faure et Rieffel, in *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, 2^e éd.,
1898, t. VI, p. 855.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Le cancer siège plus ou moins haut dans le canal ano-rectal, dont il peut occuper n'importe quelle partie, depuis l'anüs, jusqu'à sa terminaison.

La distinction de Quénu et Harmann en quatre types de cancers du rectum, d'après leur siège est bonne.

Pour nous, le sujet de notre travail répond au premier type des cancers, dans la division Quénu-Hartmann — type bas placé — qui débute par l'anüs et s'étend plus ou moins haut dans le rectum. Pour certains, il débute par la région sus-sphinctérienne et envahit de haut en bas.

L'étendue du cancer anal ou ano-rectal est très variable et dépend du moment auquel on examine le malade. Il est bien rare d'observer des cancers de moins de 2 *centimètres de hauteur*, et toutes les dimensions peuvent se rencontrer. La largeur du cancer est aussi variable et en rapport avec le début de l'affection. En général, les malades étant examinés

assez tard par le médecin, le cancer se présente le plus souvent à ce moment *circulairement*. Quant à son siège, le plus souvent, on le trouve soit sur la paroi antérieure, soit sur la paroi postérieure, rarement sur les parois latérales.

L'aspect du cancer anal ou ano-rectal est de plus variable; tantôt il constitue une véritable tumeur saillante et dure, grosse comme une noix. Il fait alors sur la muqueuse rectale un relief très facile à sentir. Tantôt il se présente sous l'aspect d'une *plaque indurée* de dimension et de forme variables. Enfin on peut le découvrir sous la forme d'une *ulcération* qui creuse dans la profondeur.

La distinction de ces diverses formes anatomiques: *tubéreuse*, *lamelleuse*, *bourgeonnante*, *arrondie* ou non; ne se superposent pas aux différents formes cliniques et la division proposée en forme *circonscrite* et en forme *diffuse* nous paraît seule rationnelle pour étudier l'évolution clinique du cancer anal ou ano-rectal.

Nous les étudierons successivement.

Forme circonscrite.

Après l'incision du rectum suivant son axe, le cancer ano-rectal se présente le plus souvent dans la forme d'épithélioma circonscrit.

Cet épithélioma peut être bourgeonnant, végétant et hyperplasique, ou bien ulcéreux, rétractile et atrophique. Pour J.-L. Faure et Rieffel, le cancer ano-

rectal a une forme très variable suivant la période où on l'examine.

« Lorsqu'il n'y a pas d'ulcération, ce qui ne se voit
« guère que tout à fait au début du mal, le néoplasme
« apparaît sous la forme d'une tumeur plus ou moins
« volumineuse, dure, mamelonnée, rugueuse, soule-
« vant la muqueuse qui est rouge, violacée parfois
« marbrée de taches de coloration diverse. Il n'est pas
« rare de trouver autour de la tumeur de petites di-
« latations hémorroïdaires, qui l'accompagnent ou
« peut-être lui sont consécutives. Mais le plus sou-
« vent, alors que la périphérie de la tumeur forme
« un bourrelet muqueux plus ou moins irrégulière-
« ment saillant, mais non encore ulcéré, le centre pré-
« sente au contraire une perte de substance d'étendue
« et de profondeur variables, mais d'aspect mauvais,
« cratériforme, déchiqueté, avec des points de gan-
« grène partielle et de dépôt sanieux et pultacé.

« C'est l'aspect bien connu de tous les cancers ulcé-
« rés. Souvent du fond de l'ulcération naissent des
« bourgeons cancéreux abondants, des masses végé-
« tantes, les unes rouges et saignantes, les autres gri-
« ses noirâtres, sphacélées, tombant en putrilage. »

Forme diffuse.

La forme diffuse du cancer ano-rectal ou anal peut être d'emblée diffuse dès l'apparition du mal, ou bien n'être que la généralisation d'un néoplasme au début circonscrit.

Car il faut faire remarquer qu'il existe des cancers qui, à peine apparus, prennent une forme diffuse et infiltrée. Ils sont rapidement *massifs* et diffusent dans la totalité du rectum et du tissu cellulo-graisseux péri-rectal.

Dans la forme diffuse, le cancer ano-rectal peut sortir des limites du rectum et envahir les tissus et les organes voisins, en particulier *les fosses ischio-rectales*.

De cette infiltration pour ainsi dire généralisée aux organes voisins, il résulte une inflammation chronique, qui donne naissance à des *abcès* multiples d'origine septique.

Dans la forme circonscrite comme dans la forme diffuse, les organes voisins, la prostate et la vessie chez l'homme, l'utérus et le *vagin surtout* chez la femme sont envahis. Les ganglions sont très souvent pris de bonne heure, surtout ceux de l'*aîne*, et plus tard ceux de la concavité sacrée.

La généralisation aux organes éloignés est assez rare, mais quand elle existe elle se retrouve surtout dans le péritoine, les reins, le foie et les poumons.

A l'examen microscopique des pièces, il s'agit presque toujours d'un épithélioma.

MM. P. Bonnet et A. Chalié (2) ont décrit dans le *Lyon Médical*, en 1911, un cas de « Mélanose généralisée à point de départ ano-rectal ».

(2) Bonnet P. et Chalié A. Mélanose généralisée à point de départ ano-rectal. *Lyon Médical*, 1911. N° 21, p. 917.

Quénu et Landel, à côté de deux formes d'épithélioma pavimenteux et d'épithélioma cylindrique admises par tous distinguent (3) encore une forme d'*épithélioma à cellules muqueuses*, dont les cellules ont subi une variété de dégénérescence colloïde.

D'après leurs recherches l'épithélioma cylindrique vient en tête avec 73,5 pour 100; ensuite l'épithélioma pavimenteux (16,6 p. 100) et enfin l'épithélioma à cellules muqueuses (10 p. 100).

(3) Quénu et Landel. Histologie pathologique du cancer du rectum, *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 861.

CHAPITRE III

Etude clinique.

1. — Diagnostic.

a) Symptômes fonctionnels.

Au début le cancer anal ou ano-rectal ne se manifeste par aucun trouble spécial de la dernière portion de l'intestin.

Divers phénomènes vagues et incertains comme : constipation banale, pesanteur, douleurs fugitives; un léger amaigrissement, un peu de sang que l'on attribue à des déchirures d'hémorroïdes, voilà les premiers symptômes d'un cancer ano-rectal ou anal.

Mais tous ces symptômes lui sont communs avec beaucoup d'autres maladies du tube digestif, aussi ce début passe-t-il très souvent inaperçu.

Notre Maître M. le Professeur Louis Tixier attache une très grande importance aux phénomènes subjectifs suivants : douleurs, ténésmes et épreintes avec

prurit et irradiation des douleurs dans les fesses. Ces symptômes attirent l'attention du chirurgien du côté du rectum, et l'oblige à faire un examen minutieux et complet, qui le mettra sur la voie du bon diagnostic.

Dans nos observations, nous avons retrouvé toujours ces symptômes plus ou moins marqués, avec soit de petites hémorragies rectales, incontinence et évacuation des glaires très ennuyeuses qui obligeait un de nos malades à se garnir (Observation II).

M. le Professeur Tixier nous a cité souvent le cas d'un médecin qui, à la consultation d'un malade venant le trouver pour une hémorragie rectale s'écria : « Monsieur, cette hémorragie vous a sauvé la vie, une apoplexie cérébrale vous menaçait ». Oui, mais trois mois plus tard, on diagnostiquait chez ce même malade « sauvé d'apoplexie cérébrale » un cancer ano-rectal très avancé.

On peut encore trouver des malades qui viennent consulter pour les symptômes décrits ci-dessus et qui sont pris pour des hémorroïdaires banaux par le médecin qui ne se donne pas la peine d'examiner complètement son malade et surtout de faire un *toucher rectal*.

Nous avons appris dans le service de notre Maître, M. le Professeur Tixier, à pratiquer chez presque tous les malades à l'occasion de leur examen clinique et dès leur entrée dans le service, *le toucher rectal*.

Hémorragies.

C'est un symptôme commun à toutes les formes du cancer de rectum; mais dans le cancer anal et ano-rectal, deux cas se présentent : a) Véritable rectorrhagie, sang rutilant plus ou moins abondant qui s'écoule sans épreintes, sans ténesmes quand le cancer est *orificiel* avec ulcération sous-sphinctérienne; b) hémorragie plus ou moins modifiée quand le cancer est *sus-sphinctérien* avec sphincteralgie qui ferme le sphincter et l'anus accumule le sang noirâtre.

Les hémorragies sont rarement aussi fortes que celles des hémorroïdes, bien que l'on puisse voir au début de certains cancers d'abondantes pertes sanguines, d'ailleurs imputables à des dilatations veineuses concomitantes.

Peut-être certaines hémorragies dites « precancéreuses » par assimilation avec les hémoptysies pré-tuberculeuses, sont-elles dues à un état congestif de la muqueuse rectale; ou bien ces hémorragies « initiales » sont-elles dues à la présence de polypes, de varices intrarectales ou d'hémorroïdes. Le plus souvent, ce sont déjà des ulcérations néoplasiques qui saignent.

Les hémorragies sont spontanées ou provoquées. Les hémorragies spontanées peuvent procurer par leur abondance le besoin de garde-robe. Les hémorragies provoquées apparaissent à la suite soit du passage du bol fécal, soit des efforts de défécation, soit enfin de traumatismes, toucher rectal et lavement.

Les hémorragies appartiennent à toutes les périodes de l'évolution du cancer, sans caractères particuliers au début, à la période d'état ou à la fin.

La précocité de l'hémorragie au début est telle qu'on a parlé « d'hémorragie précancéreuse » et sur nos cinq observations du cancer ano-rectal ou anal, nous l'avons trouvé trois fois (observations II, III et IV).

Nous admettons volontiers que si l'hémorragie n'est pas toujours le premier symptôme, elle est souvent celui qui le premier émotionne le malade et le décide à consulter.

Il n'existe aucune relation entre l'abondance de l'hémorragie et les progrès du mal. De petits saignements, de légères pertes sanguines, de fortes hémorragies peuvent aussi bien s'observer au début qu'à la période d'état ou à la période terminale.

Ces hémorragies peuvent contenir des parcelles de matières fécales et des sécrétions muco-purulentes ; le séjour du sang dans le rectum peut modifier sa couleur et sa consistance. On trouve alors une masse noirâtre et d'une consistance demi-solide.

L'abondance du sang est variable. Tantôt on voit des gouttelettes ou des filaments qui tachent le linge en s'échappant avec des gaz, ou de grandes hémorragies qui forcent le sphincter. Enfin, le sang peut se coaguler en masse dans le rectum, le distendre et provoquer des coliques et des évacuations répétées.

Souvent le sang précède le fol fécal, ce qui explique que l'hémorragie puisse longtemps rester ignorée du malade, signe de précession, du sang, d'Ockinzyc, ou

bien le sang est mêlé aux matières fécales d'une façon uniforme.

Enfin, la fréquence et l'abondance des rectorragies peut provoquer chez le malade une grave anémie.

Douleurs.

Douleurs, troubles de la défécation et hémorragie forment la triade clinique qui doit attirer l'attention du médecin du côté du rectum et lui faire penser à la possibilité d'un cancer anal ou ano-rectal. La douleur *très accusée* de la région périnéale chez un malade indique à coup sûr le cancer anal ou ano-rectal. La douleur est continue ou intermittente, pouvant gêner la marche ou la station assise, augmentée par les efforts de la défécation, variables comme durée et intensité. Elle est exacerbée par le moindre toucher, par le *passage du bol fécal*, comme dans la fissure anale, quand le cancer est très inférieur et n'a pas encore détruit le sphincter.

Les causes de la douleur sont multiples ; les principales sont : l'irritation du canal ano-rectal, *l'envahissement du sphincter*, le spasme, le ténésme, les efforts de la défécation et la propagation de la tumeur maligne.

La douleur peut siéger dans la fosse iliaque gauche ou droite et elle est due à la distension intestinale par les matières et les gaz, mais elle est surtout *caecale*, car tout obstacle du gros intestin siégeant en *bas* ou en *haut* provoque la distension de segment intestinal.

Si le cancer ano-rectal ou anal apporte un réel obstacle au fonctionnement du rectum, des coliques et des douleurs apparaissent dans l'abdomen, le plus souvent passagères, s'irradiant dans les régions lombaire et sacrée. A ces douleurs, s'ajoutent des douleurs provoquées par la défécation avec une sensation de frottement d'un corps étranger volumineux et dur dans le rectum.

Quand le cancer ano-rectal fait une grosse saillie dans le canal ano-rectal et donne naissance à des sécrétions, le ténésme apparaît.

C'est une pesanteur, une gêne qui donne au malade une sensation de plénitude des régions rectale et sacrée. Souvent ce sont des envies cuisantes et douloureuses d'aller à la selle. Quand l'extension du cancer ano-rectal est grande, ces douleurs sont continues, violentes, insupportables, le malade cherche constamment la position favorable pour apaiser les douleurs et gémit continuellement.

Ces douleurs peuvent prendre même une telle intensité, avoir des localisations rectale, hypogastrique, testiculaire, sacrée, lombaire, iliaque, s'irradier dans les membres inférieurs qu'elles passent au premier plan, le cancer ano-rectal restant cependant méconnu.

Ecoulements divers.

L'écoulement de mucosités et de glaires, mêlées ou non aux matières fécales est précoce et fréquent ; et nous croyons que le diagnostic, à cette période, avec l'entéro-colite, est très difficile. Souvent, avec un can-

cer ano-rectal bourgeonnant, on observe un écoulement sanguinolent, ou muco-prulent, et quelquefois, on peut reconnaître, dans cette espèce de sérosité sânieuse des débris de la tumeur néoplasique détachés par le sphacèle ou le frottement.

Quand à l'ulcération s'ajoute l'infection, on observe une rectite: le pus qui s'écoule est séreux, ichoreux et dégage une odeur fétide. Ce pus est loin de ressembler à du pus de rectites banales et on n'observe jamais un pus verdâtre comme dans les rectites hémarroïdaires.

La fétidité du pus, qui est un bon signe clinique, est due au sphacèle du fond de l'ulcération.

L'écoulement, d'abord intermittent, peut devenir continu et provoquer, par la souillure du pourtour de l'anüs et des fesses une éruption érythémateuse et des érosions les plus diverses.

Diarrhée.

Chez les malades atteints de cancer anal ou ano-rectal, on peut observer toute forme de diarrhée : diarrhée initiale, finale ou bien fausse diarrhée. M. Quénu pense « que dans le cancer du rectum, elle ouvre rارment la marche et la croit presque constante à la période d'état. Pour lui, elle serait due à une action réflexe : le passage des matières sur la muqueuse rectale malade produit la diarrhée, ce réflexe agissant à

(4) In thèse de Mondor. Contribution à l'étude du cancer du rectum, *Paris th. méd.*, 1914-1915.

la fois sur la sécrétion de l'intestin grêle et sur sa contracture musculaire. »

Dans deux de nos observations sur cinq, nous avons vu la diarrhée ouvrir la scène ; chez l'un de nos malades (Obs. II), la diarrhée était précédée d'un petit écoulement sanguin et chez l'autre (Obs. V), la diarrhée était le premier symptôme peu prononcé cependant qui inquiéta la malade et l'amena à l'hôpital.

La diarrhée peut être légère, intermittent, avec des périodes de constipation ou bien opiniâtre et persistante, rebelle à nos moyens thérapeutiques courants.

Chalier, dans son travail sur le cancer du rectum (5) rapporte des observations où la diarrhée chronique et rebelle primait tous les autres symptômes cliniques du cancer, et Mondor écrit dans sa thèse: « Quand ces diarrhées résistent à l'opium, au bismuth, au tanin, aux suppositoires (Ewalad), il faut penser au cancer.

A part des diarrhées vraies, avec des selles très fréquentes, on trouve des fausses diarrhées : caractérisées par des évacuations de glaires sanguinolentes, causées par le ténésme, des débâcles renfermant des résidus intestinaux marquant par là la fin d'une constipation qui a duré plusieurs jours. L'origine de ces diarrhées est multiple ; pour Chalier, il en est dans un cancer du rectum avec colique ulcéreuse ; pour Quénu, ce sont des malades nerveux, avec une diarrhée réflexe, et pour d'autres, il s'agirait d'une diarrhée par regorgement. M. Hartmann croit que l'in-

(5) Chalier A. Le traitement chirurgical du cancer du rectum (technique, résultats, indications), Lyon, *th. méd.*, 1909-10.

flammation de la muqueuse sus-stricturale est en cause. (In *Thèse* de Mondor.)

Irrégularité des selles.

L'irrégularité des selles est le premier symptôme du cancer anal ou ano-rectal chez ceux qui ont eu des fonctions rectales jusque-là normales.

En pratique, les malades et les médecins ne portent pas suffisamment attention à ces irrégularités des selles. Beaucoup de cancers ano-rectaux et anaux auraient été pris au début et opérés à temps, si ce symptôme avait été pris en considération. Car ce sont ces modifications de la défécation, ces débâcles, les difficultés d'expulsion, les douleurs qui traduisent le mal, pour ainsi dire à sa naissance.

Le moindre trouble de la défécation chez une personne qui frise la cinquantaine est le premier signe précurseur d'une néoplasie rectale, et il faudrait, dès ce moment, soumettre le sujet à un examen minutieux pour diagnostiquer la néoplasie éveillée dans l'esprit du médecin.

De tous ces troubles, les principaux sont les alternatives de diarrhée et de constipation et c'est par le toucher rectal pratiqué d'une façon constante dans le service de notre Maître, M. le Professeur Tixier, qu'on dépiste les néoplasies rectales au début et principalement les cancers ano-rectaux.

A part ces troubles dans les produits de la défécation, on observe encore des troubles dans son méca-

nisme et ses causes. Le malade qui, jusque-là, avait ses besoins à heure fixe, complètement indolores, voit, depuis un certain temps, ces besoins devenir irréguliers, fréquents, pénibles et même très douloureux. Le réflexe normal qui invitait le malade à aller à la selle à l'heure fixe devient incessant et cet état d'égarement du réflexe normal cause le ténésme, accompagné ou non d'épreintes.

Sa fréquence peut être très grande, de douze à vingt fois par jour et jusqu'à dix fois par nuit. Nous avons dit que le mécanisme de la défécation est troublé; le malade, malgré les efforts et les changements de position, ne peut expulser que des gaz ou quelques fragments des matières. Il arrive encore assez rarement, il est vrai, que le malade ne peut rien expulser, après avoir passé un temps assez long à la garde-robe et malgré ses plus grands efforts.

Si des matières passent, elles sont dures, petites et souvent elles traumatisent le canal ano-rectal, d'où une petite hémorragie qui les suit, ou si la tumeur maligne est sessile, elles la fait sortir en dehors.

A part ces cas, où la défécation est troublée dans ses causes, son mécanisme et ses résultats, on peut observer une franche incontinence. Dans ces cas seulement, relativement rare, il est vrai, l'incontinence est due à la destruction du sphincter, l'atonie musculaire du rectum, à la paralysie sphinctérienne réflexe ou en dernier lieu, à la rigidité du sphincter.

Constipation.

La constipation est un autre symptôme du cancer ano-rectal ou anal, bien moins certain par son début et sa valeur clinique. Nous savons très bien tous que, quand on fouille dans les antécédents pathologiques des malades, on trouve la constipation chronique très fréquemment et surtout chez les femmes.

Cette constipation existait bien avant le symptôme qui les amène vers le médecin, et qui est, lui, une constipation opiniâtre, d'origine mécanique.

La constipation de ces malades résulte soit d'une parésie motrice de l'intestin, soit d'un trouble de la sécrétion des glandes intestinales. Elle est bien tolérée et c'est pour cette raison que le malade se souvient difficilement du début de sa maladie.

L'obstacle au cours normal des matières fécales peut être si tenace que toute la masse intestinale lutte par ses contractions, d'où les coliques et les douleurs violentes.

Cette constipation peut durer de trois à dix jours, pendant lesquels quelques gaz sont seulement expulsés. Un jour, l'obstacle cesse et une débâcle se produit, abondante et fétide.

Cette constipation est très mal supportée par le malade ; elle retentit sur son état général, avec ballonnement du ventre, anoxerie et amaigrissement. A ce moment, ajoutant à ce tableau clinique le récit du malade, le toucher rectal aidant, on fait facilement le diagnostic du cancer ano-rectal ou anal.

Aspect des selles.

L'aspect des selles n'offre rien de particulier. Les fèces peuvent être modifiées dans leur quantité, leur forme et couleur. La modification de couleur est presque nulle ; ce sont, pour la plupart, des selles jaunâtres, variant avec la nourriture du malade, rarement tachées par-ci par-là de quelques gouttes de sang.

La modification de forme ne s'observe que sur des selles solides ; celles-ci sont en olives, en boules, filiforme, effilées, rondes ou enfin coupées en fragments assez gros. La modification des selles n'est pas facile à observer et ce signe n'a pas grande valeur, n'étant ni assez fréquent ni constant.

La recherche du sang n'a pas grande valeur, vu la très grande fréquence des hémorroïdes, qui donnent souvent des hémorragies légères. L'analyse chimique a une certaine valeur, en relevant les hémorragies occultes, des globules sanguins et très rarement les cellules cancéreuses étant donné leur désintégration rapide.

b) **Symptômes physiques.**

Toucher rectal.

Il est d'une importance capitale pour le diagnostic du cancer anal ou ano-rectal. Nous savons tous que nombre des malades furent soignés pour des hémor-

roïdes, pour l'entérite ou pour diverses dyspepsies gastro-intestinales et qui étaient, en réalité, porteurs d'énormes cancers anaux ou ano-rectaux.

Mondor rapporte l'observation d'un malade qui a pu être opéré d'hémorroïdes, sans avoir subi le toucher rectal et chez qui, plus tard, on constata un rétrécissement post-opératoire et un cancer du rectum déjà ancien.

Pour faire un toucher rectal convenable, le malade est dans le décubitus dorsal, les jambes écartées et le médecin pratique le toucher avec l'index ; ou bien encore, le malade est dans le décubitus latéral de préférence droit, les jambes fléchies, l'index gauche fait le toucher, tandis que la main droite complète le palper bimanuel.

Il faut s'abstenir, d'une manière absolue, de pratiquer le toucher à la manière d'Amussat ou d'Esmerach, qui est non seulement douloureux et dangereux, pour le malade, mais très disgracieux. Nous croyons pouvoir affirmer que le toucher rectal, pratiqué sans badigeonnage de l'anus à la cocaïne et sans anesthésie, après une simple inspection de l'anus, sur un malade couché dans le décubitus dorsal ou latéral droit, avec lenteur et une grande douceur, donne dans les néoplasies anales et ano-rectales de très bons et précieux renseignements.

Le toucher pratiqué de la façon indiquée, nous montrera des lésions du canal anal plus ou moins propagées au rectum. Avant même de faire le toucher, on remarquera quelquefois, au pourtour de l'anus, des

végétations malignes, ou des lésions banales, avec une peau plus ou moins érythémateuse.

Si la tumeur reste limitée au canal anal, on percevra une tumeur dure, circulaire et implantée sur une seule paroi anale ; très souvent la tumeur est irrégulière et bourgeonnante, avec des traînées fissuraires et des bords indurés, reposant sur une infiltration mal limitée.

Les cas de cancers anaux, bien limités, sont rares et ordinairement la tumeur dépasse le canal anal pour s'étendre vers l'impoule, ou bien par l'envahissement sphinctérien, elle vient chercher une issue au dehors. Quand la tumeur est bien bourgeonnante, elle fait saillie au dehors de l'anus « en chou-fleur » et quelquefois, elle est tellement volumineuse, qu'elle cache l'anus.

Dans le cas d'énormes végétations sortant par l'anus, on peut observer ses ramifications dans toute la région anale et même depuis le coccyx jusqu'aux bourses chez l'homme et jusqu'à la vulve chez la femme.

Dans ce cas, on observe souvent de nombreuses fistules à la région anale, par lesquelles s'écoule un pus extrêmement fétide. Les rajets lymphatiques sont généralement pris jusqu'aux plis inguinaux et périméaux.

La recherche des ganglions rétro-rectaux, malgré son énorme difficulté par manque de souplesse de la paroi postérieure du rectum, ou dans le cas de grosse tumeur par manque de place, doit toujours être pratiqué néanmoins. Ainsi, on saura à quel niveau il faut amputer le rectum.

En règle générale, la hauteur de la tumeur indique la limite supérieure du mal ; mais pour avoir des opérations couronnées de succès durable, il faut faire les amputations *larges* pour dépasser sûrement la limite supérieure du cancer et éviter autant que possible les récidives, dues à l'envahissement cancéreux des ganglions. Dans les cas heureux, où la recherche des ganglions rétro-rectaux est possible et si, par leur volume, ils paraissent douteux, il vaut mieux pratiquer l'amputation au-dessus d'eux, pour avoir une grande chance de *couper en tissus sains* et se mettre autant que possible à l'abri des récidives.

Nous ferons remarquer qu'un ganglion un peu gros et légèrement hypertrophié n'est pas à coup sûr un ganglions cancéreux, mais vu la difficulté de différencier une simple hypertrophie ganglionnaire d'une hypertrophie cancéreuse, il vaut mien agir comme si ces ganglions étaient cancéreux, d'autant plus qu'ils sont très suspects.

Nous voulons terminer ce chapitre par quelques mots sur les renseignements fournis par le toucher rectal sur l'état du sphincter.

Si, en pratiquant le toucher, le chirurgien éprouve une certaine résistance dans le passage sphinctérien et juge ainsi la contraction assez forte, il peut espérer que la conservation du sphincter peut rendre quelques services au malade.

Mais si le sphincter est envahi et s'il se contracte mal ou faiblement au passage du doigt explorateur, il vaut mieux le sacrifier et faire de la sorte une opération complète.

2. — Evolution et Pronostic.

On peut diviser l'évolution du cancer ano-rectal ou anal schématiquement en trois périodes : début, période d'état et terminaison.

Il n'existe aucune limite nette entre ces trois périodes et, le plus souvent, quand le malade vient à nous, il se trouve à la période d'état avec tous les symptômes classiques du cancer anal ou ano-rectal : hémorragies, douleurs, gaz, épreintes et constipation.

C'est en examinant ses antécédents qu'on fixe la période de début par tel ou tel symptôme qui a retenu l'attention du malade et encore à savoir est-ce vraiment le premier symptôme du mal ?

Car bien avant une hémorragie ou une constipation opiniâtre, qui amène le malade vers nous, il a pu avoir des troubles de la défécation, comme irrégularité des selles ou bien des alternatives d'une légère diarrhée et constipation.

A la période d'état, tous ces symptômes sont au complet, avec la prédominance de l'un d'entre eux et la disparition ou la diminution d'un autre symptôme du début.

C'est également à cette période qu'on observe les troubles de l'état général et le malade, lentement, prend l'aspect d'un cancéreux.

L'amaigrissement est plus ou moins prononcé, la cachexie cancéreuse se précise par la résorption des produits toxiques, due à l'obstruction intestinale ; la souffrance physique et morale atteint son maximum, le malade devient anxieux, car il commence à entrevoir la gravité de son affection.

La période de terminaison est déplorable et présente pour le malade une longue et lente agonie. Des abcès nombreux et torpides de la région anale se forment en clapiers fistulisés, où la stagnation du pus et des matières fécales, par la fermentation qui s'y produit, dégage une odeur repoussante.

Le malade lui-même, se voyant dans cet état, ne dort plus, devient de plus en plus anxieux, urine peu, voit ses jambes s'œdématiser et l'apparition de nombreux escharres, surtout dans la région sacrée, contribue à le mettre dans un état « d'apathie cancéreuse ».

La généralisation cancéreuse survient à cette période, se traduisant par un ascite et un ictère ou un épanchement pleural annonçant la localisation pulmonaire. Le malade peut mourir encore par infection généralisée, favorisée par la souillure de l'incontinence sphinctrienne, les nombreux escharres et infection des microbes de la suppuration.

La durée de cette dernière période est variable ; pour les classiques, elle est de dix-huit mois environ, mais il y a une distinction à faire entre le début réel du cancer ano-rectal ou anal et le début clinique, moment où on a vu, pour la première fois, le malade et qui est la période d'état.

On peut dire qu'en prenant un chiffre moyen, la durée du cancer ano-rectal ou anal est de deux ans.

En résumé :

Le pronostic est assez bon, promettant une longue survie, sous condition d'une *opération large et rationnelle*.

3. — Formes cliniques.

On peut décrire autant de formes cliniques qu'il y a de cancers ano-rectaux et anaux. Les formes cliniques intéressantes à dépister sont celles qui, par leur évolution clinique peuvent égarer le médecin. La prédominance de tel ou tel symptôme fait que le cancer évolue sous le masque d'une autre affection. Il faudrait pouvoir diagnostiquer le cancer ano-rectal ou anal quand il est latent ou quand il se cache, le deviner, pour ainsi dire, sous ses formes les plus variées.

On peut décrire un cancer des vieux et un cancer des jeunes, d'après l'âge du sujet ; une forme lente et une forme à marche rapide ; formes douloureuse, hémorragique, diarrhique, en un mot autant de symptômes, autant de formes.

Ce sont les cancers masqués qui sont le plus difficile à diagnostiquer et Thiroloix et Mora (6) ont décrit, à la Société Médicale, une forme de *cancer ano-rectal fébrile*. Ils ont décrit trois phases à cette forme fébrile : 1^{re} *phase* : fébrile et anémique avec hypersplénomégalie et hypoglobulie sans aucun troubles digestifs ; 2^e *phase* : disparition complète des symptômes de la première période ; le malade récupère ses forces et se porte à merveille ; 3^e *phase* : sphinctérienne, douleurs persistante après défécation dans la région anale, et au toucher rectal, bourgeons irréguliers, durs et ligneux à la limite du canal anal ; dissociation des fibres musculaires de l'anus, mais conservation à peu près complète de la fonction sphinctérienne.

Mondor, dans sa thèse, décrit, à l'appui de deux observations, une forme *inflammatoire* du cancer du rectum et une forme *cystalgique* dans laquelle le malade « pendant plusieurs mois, fut soigné pour des troubles hypogastriques irradiés à la verge, pour des troubles de la miction, pour cystite hémorragique, alors que le cancer rectal resta ignoré ». Chalier (7) décrit, à la Société Médicale de Lyon, une forme *dysentérique* du cancer rectal. Dubar (8) publie une observation d' « énorme tumeur ulcérée, développée au

(6) Thiroloix et Mora. Forme fébrile du cancer du rectum, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} décembre 1911.

(7) Jaboulay et Chalier. Cancer ano-rectal à forme dysentérique (opération en 3 temps), *Lyon Médical*, 21 novembre 1909.

(8) Dubar. Enorme tumeur ulcérée développée au voisinage de l'anus, émergeant de la fosse ischio-rectale droite, remplissant tout le petit bassin et ayant pour origine une ulcération rectale, etc. *L'Echo Médical du Nord* (Lille), t. xvi, n° 32, 11 août 1912.

voisinage de l'anus, émergeant de la fosse ischio-rectale droite, remplissant tout le petit bassin et ayant pour origine une ulcération rectale ». Ceci représenterait la forme *fistulisée* du cancer ano-rectal.

Au point de vue opératoire et diagnostic clinique, ce sont les formes de cancers ano-rectaux et anaux masqués et latentes qu'il faut découvrir dans la foule des affections dysentériques, inflammatoires et autres, du rectum, car les autres formes ordinaires, franches, se diagnostiquent dès le premier toucher rectal.

4. — Complications.

Parmi les principales complications du cancer ano-rectal ou anal, nous signalerons : l'ouverture des vaisseaux régionaux (artères de l'utérus et du vagin et, par suite, des hémorragies graves.

Par la voie veineuse peuvent apparaître des *phlébites pelviennes*, des *phlébites des membres inférieurs* et supérieurs et quelquefois des *phlébites mésentériques inférieures*. A côté de ces complications, nous en signalerons d'autres, dramatiques, comme les *cellulites pelviennes* suppurées et gangréneuses, *pelvi-péritonites* suppurées et *péritonites généralisées* par perforation du cul-de-sac de Douglas.

Les abcès péri-néoplasiques sont de siège variable (abcès rétro-rectaux, ischio-rectaux et pelvi-rectaux supérieurs) d'évolution dissimulée, peu fébrile et de fistulisation fréquente.

Les douleurs irradiées aux membres inférieurs, à la verge et au vagin sont symptomatiques d'une compression et d'envahissement du plexus sacré (Kuttner).

La grossesse est souvent dystocique par la néoplasie rechûte, dont elle hâte l'évolution, et il faut enlever le plus tôt possible les cancers opérables. (Mlle Tchibodarsky.)

Obstruction et occlusion intestinales.

L'obstruction intestinale.

Si la constipation se prolonge et si les réactions intestinales, météorisme et contractures douloureuses apparaissent, l'obstruction intestinale est constituée. Elle est favorisée par le volume de tumeur, l'œdème de la muqueuse environnante et la contraction de la paroi intestinale. Ces signes peuvent céder sous l'influence d'un traitement approprié. Le malade traverse deux ou trois crises pareilles, mais tôt ou tard *l'anus colique gauche s'impose*, qui pourra éviter au malade de gros danger et l'aider à récupérer ses forces.

L'occlusion intestinale.

L'occlusion intestinale est très exceptionnelle ; elle peut être aiguë et précoce, avec tous les symptômes classiques : arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre, douleurs et vomissements. L'occlusion intestinale est toujours grave par ses complications : perforation et gangrène.

La perforation intestinale.

La perforation intestinale peut se rencontrer à côté des ulcérations néoplasiques, soit tout près du cancer ano-rectal, soit au contraire très loin. Si ces perforations n'entraînent pas immédiatement des signes dramatiques de péritonite aiguë et septique, dont le diagnostic causal peut induire en erreur, elles sont, par la suite, des surprises opératoires ou d'autopsie.

Chalier et Mondor (9) citent le cas du Professeur Souligoux qui, en opérant une malade d'un cancer du rectum, trouva, après l'incision iliaque gauche, dans la cavité abdominale, un liquide fécaloïde et des gaz. Il fit, à ce moment, une coeliotomie médiane et découvrit une perforation sur le caecum, dont la suture permit à la malade de guérir.

(9) Chalier et H. Mondor. Cancer du rectum. G. Doin, éditeur, Paris, 1923.

Complications urinaires du cancer ano-rectal ou anal.

Parmi les complications urinaires, nous en retiendrons deux seulement : l'*anurie* et la *fistule recto-vésicale* chez l'homme, *recto-vaginale* chez la femme.

L'anurie.

L'*anurie* ne possède aucun symptômes précis dans le cancer ano-rectal ou anal : la symptomatologie est la suivante : douleurs vésicales avec pollakiurie et dysurie, qui indiquent un rétrécissement vésical par cystite, propagation ou adhérence.

Quelquefois, survient une perforation vésicale au cours d'un cathétérisme ou d'une miction, avec des douleurs dans la verge et l'écoulement du pus, de gaz et des matières fécales par le méat. Le malade souffre moins, mais, par contre, aura un écoulement constant des matières à chaque miction.

Pour Chalié et Mondor, les signes vésicaux sont très complexes. « Ce sont parfois des douleurs avant et après la miction, violentes à la fin de la miction et irradiées jusqu'au méat. Le plus souvent, c'est une dysurie progressive, très marquée, très douloureuse, chaque malade ayant une position préférée, grâce à laquelle il urine plus facilement. »

Fistule recto-vésicale.

Dans ce cas, on observe des phénomènes différents l'un de l'autre. Le passage de matières fécales dans la vessie et leur expulsion à l'occasion de miction par le méat. Il est plus rare d'observer le passage de l'urine dans le rectum, à cause de mictions fréquentes, qui évitent la stagnation de l'urine dans la vessie et la contraction vésicale obligeant l'urine à se diriger vers le méat. Mondor rapporte cependant, dans sa thèse, une observation, où cette rare complication existait d'une façon très nette.

Résumé du diagnostic :

Le diagnostic du cancer ano-rectal ou anal est d'une grande facilité, d'autant plus qu'il est bas placé, sort souvent par l'anus, qu'il suffit alors de savoir regarder pour le diagnostiquer.

Pour les cancers plus haut situés, on ne dira jamais trop que le toucher rectal doit être pratiqué d'une façon systématique. Il ne faut pas se fier trop à l'âge, car on a vu des sujets jeunes (rarement, il est vrai), qui étaient porteurs de cancer ano-rectal ou anal. Il est trop facile de dire à un malade qui a des rectorrhagies qu'il a des hémorroïdes ; à un autre constipé, entérocolite. Il faut être difficilement satisfait par le récit du malade et en faire le contrôle par le toucher rectal.

Quand l'examen du malade est méthodique, les erreurs sont très peu fréquentes. Le diagnostic se présente dans deux conditions : a) bourgeons externes ; b) ulcération interne.

a) **Bourgeons externes.**

Ne pas les confondre avec les *hémorroïdes* externes ; hémorroïde tendue, saignante est un accident passager chez un individu bien portant. Au toucher, on ne sent rien à la surface de la muqueuse, pas d'ulcération.

Végétations.

Ou papillomes bénins sont d'une couleur blanchâtre, avec autour un écoulement sanguinolent, sans ulcération au-dessus.

Les condylomes spécifiques.

Antécédents spécifiques du malade ; lésions multiples élastiques, sans ulcération, sur une base molle, séparées par des zones intactes.

Actinomyéose.

L'actinomyéose est rare et elle est nettement inflammatoire ; la fistulisation est précoce et la recherche microscopique des grains fait le diagnostic.

Polypes.

Tumeur ronde, avec un long col ; on tombera sur une muqueuse lisse.

b) **Ulcération interne.**

Hémorroïdes internes.

Siège d'une thrombose, infiltration dure, œdémateuse, désinfection, pommade, disparition.

Ulcération traumatique.

Récit du malade.

Tuberculose.

Malades opérés d'une fistule non cicatrisée qui détermine l'incontinence. Evolution lente. La tuberculose anale est ulcéreuse. Les végétations en sont pâles, anémiées, les bords décollés et livides, avec, au fond, des ulcérations peu saignantes.

Fistule ischio-rectale.

Epiphénomène dû à la perforation de l'anus.

CHAPITRE IV

Traitement.

Comme pour tout cancer, le traitement du néoplasme anal ou ano-rectal est avant tout un traitement chirurgical.

On peut même dire que pour cette forme particulière du cancer du rectum, cette thérapeutique est particulièrement indiquée. En effet, évolution normale de la maladie se fait vers des complications qui commandent l'acte chirurgical. D'une part, les complications mécaniques déterminant l'occlusion vraie ou, plus souvent, la sub-occlusion. D'autre part, des complications infectieuses qui peuvent aller de simple abcès péri-anal jusqu'aux fistules venant s'ouvrir à l'extérieur ou dans les organes voisin. Il semble donc que le traitement médical est vraiment un traitement de misère.

Cependant, il est toujours utile, au moins comme adjuvant thérapeutique. C'est à ce titre que nous signalerons les soins de propreté, depuis les plus banaux; tels que les bains de siège jusqu'aux lavages

rectaux, avec des antiseptiques faibles, tels que permanganate, eau oxygénée, le liquide de Dubar, etc.

Quelques médicaments laxatifs ou calmant peuvent trouver les indications particulières. Nous mentionnerons le traitement par les agents physiques.

Lui seul mériterait une longue discussion et un parallèle étendu à établir entre lui et le traitement chirurgical proprement dit.

Que l'on emploie les agents physiques seuls, radium ou radiothérapie ou qu'on les associe à l'exérèse ou à des traitements palliatifs, comme l'anus contre-nature définitif, il semble bien que leur emploi ne soit pas toujours inoffensif, mis à part l'espoir trop tôt conçu d'une guérison définitive par ce procédé.

M. Villard (10), notamment, a signalé qu'à la suite d'applications de radium faites pour des cancers rectaux purs, il est vrai, mais proche de la région qui nous occupe, sont survenues d'abord des douleurs vraiment intolérables dans le domaine du plexus sacré et puis l'apparition des métastases anormales qui, jusqu'à nouvel ordre, doivent mettre en garde contre ces agents thérapeutiques.

M. Regaud et ses collaborateurs nient l'efficacité du traitement radium-thérapeutique dans le cas de cancer du rectum ou tout au moins déclarent leurs expériences pour de tels cas. Cependant, à Paris, M. Gosset défend la radiothérapie, qu'il a associée à la dérivation iliaque définitive des matières pour le cancer anal et ano-rectal.

(10) Villard. *Lyon Chirurgical*, 1921.

M. Proust (11) déclare avoir obtenu des bons résultats par radiumthérapie, faite à l'aide des tubes endo et exo-rectaux, notamment placés dans l'espace décollable rétro-rectal.

En résumé :

Jusqu'à nouvel ordre, le traitement médical n'est qu'un traitement adjuvant du cancer anal et ano-rectal et le radium ou la radiothérapie ne doivent être employés qu'avec une grande prudence dans des cas absolument inopérables, où leurs applications, combinées à des opérations palliatives, peuvent donner au malade illusion d'une guérison par l'assèchement de leurs lésions.

Malheureusement, ce résultat est payé fort cher souvent, par des douleurs considérables, que nous avons signalées comme suite du traitement par les agents physiques.

Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical semble, par contre, remporter la majorité des suffrages et même, pour beaucoup de chirurgiens et notamment pour notre Maître, M. le Professeur Louis Tixier, on doit reculer très loin

(11) Proust. De l'application rétro-rectale du radium dans le cancer du rectum. *Bull. Soc. Chir.*, 16 novembre 1921, p. 1204.

De la curiéthérapie et de la radiothérapie pénétrante dans le cancer du rectum, le cancer de la prostate et le cancer de la vessie, *Progrès Médical*, 12 août 1922, p. 378.

les limites d'opérabilité dans le cancer anal et ano-rectal. On peut même dire que souvent, dans ces cas, l'extirpation combinée à l'établissement de l'anus iliaque définitif de M. Pollosson (12) est la meilleure des opérations palliatives.

Cependant, il faut rester dans le cadre classique, et on peut diviser les opérations établies pour lutter contre le cancer qui nous occupe en deux grands groupes : 1° les opérations palliatives ; 2° les opérations radicales.

A. — Opérations palliatives.

Les opérations palliatives sont des procédés de dérivation des matières fécale. Elles ont le gros avantage de mettre au repos les lésions, faire disparaître ou atténuer considérablement les phénomènes d'infection et aussi de lutter contre les phénomènes de sténose qui sont si fréquents dans les formes anales circulaires du cancer anal. Les procédés de dérivations, les procédés d'établissement sont très nombreux.

Nous ne voulons pas entrer dans une discussion technique importante à leur sujet. Cependant, avant toute chose, il est juste de dire que M. Pollosson, en même temps qu'il fut le premier à soutenir le principe de dérivation des matières, comme temps préliminaire

(12) Pollosson. De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement opératoire du cancer du rectum. *Soc. Méd. Lyon*, 5 mai 1884. Thèse de Laguaite, Lyon 1884, inspirée par M. Pollosson.
Pollosson. Discussion sur le traitement du cancer du rectum, *Soc. de Chir. de Lyon*, 24 juin 1897, p. 332.

d'extirpation du rectum cancéreux *créa*, par la suite, un procédé opératoire qui donne encore, à l'heure actuelle, des résultats parfaits au point de vue fonctionnel.

On peut parfois établir l'anus contre-nature sur le caecum, par un abouchement latéral du caecum à la peau, mais, pour nous, c'est un anus d'urgence, c'est simplement une soupape de sûreté, qui permet de parer à des accidents aigus ; en effet, on ne peut pas avoir la prétention de lui faire jouer le rôle d'un anus définitif, dérivant *réellement* le cours des matières.

La fistulasition établie sur la transverse ou sur l'S iliaque, constitue également un procédé de dérivation très imparfait. Car elle laisse toujours passer, dans le bout inférieur, des matières qui vont irriter la région anale néoplasique. Finalement seuls peuvent être mis en parallèle l'anus colique gauche établi par les procédés à *éperon*. Mayde, Reclus, Audry, Delore, etc., et le procédé de Pollosson, avec section complète de l'intestin et abouchement séparé de deux bouts à la peau. Nos préférences, que nous avons déjà laissé entrevoir, vont à l'anus de Pollosson.

Le seul reproche qu'on puisse lui faire est, d'une part, sa technique, un peu complexe, qui l'élimine comme opération d'urgence, d'autre part, la difficulté de cure radicale de l'anus contre-nature, au cas où on voudrait rétablir la continuité intestinale. Ces deux critiques tombent facilement.

Car il est rare qu'on ait à faire des opérations d'urgence dans le cancer ano-rectal et, d'autre part, il semble que, même dans le cas d'opération radicale,

comme l'amputation abdomino-périnéale secondairement faite, l'anus iliaque gauche est préférable à l'établissement d'un anus interfessier, dont la continence est toujours très gênante. Aucun bon appareil ne pouvant, entre les cuisses, être pratiquement adapté.

B. — Opérations radicales.

Pour le cancer anal ou ano-rectal, on peut schématiser ses opérations en deux groupes :

a) les opérations périnéales type *Lisfranc*, plus ou moins modifiées ; b) les opérations *abdomino-périnéales*.

a) Opérations périnéales.

Le type de ces opérations est l'opération de Lisfranc (13).

Voici la description originale de ce procédé :

« Le malade est placé comme si on voulait pratiquer l'opération de la taille latéralisée.

« Le chirurgien fait, à un pouce environ de l'anus, deux incisions semi-linaires, qui divisent les parties jusqu'aux couches superficielles du tissu cellulaire se réunissent en arrière et en avant du rectum; on dissèque ensuite, en dirigeant le bistouri perpendiculai-

(13) Mémoire sur l'excision de la partie inférieure du rectum, devenue carcinomateuse, par J. Lisfranc, Paris, 1830.

rement sur l'intestin, qui est isolé de toutes parts. Le doigt indicateur, à demi-fléchi, est introduit dans sa capacité ; il exerce sur lui des tractions qui le font beaucoup saillir en bas, et qui peuvent mettre la membrane muqueuse anale seule ou presque seule malade, dans un grand état de procérence; ainsi, il est fort aisé avec les ciseaux courbes, sur le plat ou avec le bistouri, d'en réséquer une très grande étendue, et lors même que le cancer occuperait toute l'épaisseur des parois de l'intestin, pourvu qu'il ne s'élevât pas à plus d'un pouce au-dessus de l'anus, on pourrait encore renverser le rectum sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. On incise alors parallèlement à l'axe du tronc la portion renversée de l'intestin, et on l'excise avec des forts ciseaux courbes sur le plat.

Le cancer a-t-il envahi la totalité des tuniques de l'intestin et quelques couches de tissus qui l'environnent ? Il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et après avoir disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, pratiquer, avec de forts ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe, qui intéresse toute son épaisseur et qui est prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal ; on la fait sur la partie postérieure du rectum, où l'on rencontre moins de vaisseaux et où l'on a moins à craindre de blesser le péritoine ; cette incision a le grand avantage de permettre de dérouler l'intestin et de montrer la maladie dans toute son étendue ; si trop de sang la masque, on met dans la plaie, pendant deux

ou trois minutes, une éponge imbibée d'eau froide et l'on peut opérer ensuite comme sur le cadavre : plusieurs airignes sont fixées sur la partie inférieure du canal intestinal, afin de la tenir abaissée.

« Lorsqu'on opère chez la femme, les doigts d'un aide, placés dans le vagin, sont très utiles; chez l'homme, une sonde est introduite dans la vessie; on la confie à un chirurgien intelligent. On procède ensuite à la dissection du cancer, bien plus difficile, sans contredit sur le vagin et sur l'urètre ; elle est longue, laborieuse ; elle exige une grande patience et beaucoup d'habitude des opérations ; autant qu'il est possible, je lie les vaisseaux à mesure que je les ouvre; dans le but de prévenir les inflammations, je ne me hâte jamais de tamponner la plaie ; et si j'ai recours au tamponnement, je l'enlève après quelques heures, pour qu'il irrite moins ; cette méthode m'a bien réussi.

« Craignant de produire trop d'irritation, je panse à plat pendant plusieurs jours ; j'introduis ensuite une très grosse mèche de charpie, que je conseille aux malades de porter quelques temps après leur guérison qui, dans les cas graves, se fait attendre deux ou trois mois. »

Cette opération première fut ensuite plus ou moins modifiée par les différents auteurs ; certaines furent des résections temporaires ou définitive du coccyx (Verneuil) et quand cette résection portée sur le sacrum, la méthode portant le nom de la voie sacrée (Kraske, Hochenegg, Routier, Terrier, Richelot, Quénu, etc.

D'autres élargirent considérablement le cadre d'opération périnéale primitive, soit systématiquement, comme l'a fait Pauchet, qui pratique un véritable évitement du petit bassin, releveur compris, ne laissant que les voies génito-urinaires intactes (amputation périnéale du rectum) ; soit parce qu'ils furent guidés par les lésions qui les forcèrent à faire des ablations concomitantes totales ou partielles de la prostate chez l'homme, d'une partie plus ou moins étendue du vagin chez la femme.

b) **Voie abdomino-périnéale.**

L'idée de combiner la voie abdominale à la voie périnéale primitive semble avoir été énoncée par Folkmann; c'est König qui la réalisa le premier; ultérieurement, Gaudier et Chalot en précisèrent la technique opératoire, qui fut parrainée définitivement par Quénu.

A l'origine, l'idée directrice de cette opération fut de se rendre compte par l'abdomen de l'étendue des lésions et leur opérabilité. Ceci montre déjà qu'elle ne fut envisagée d'abord que pour cancers hauts situés.

Ultérieurement, ce furent des recherches anatomiques portant sur l'envahissement ganglionnaire de cancer du rectum (Quénu, Gérota, Cunéo et Marseille, Boulay, Hartmann, Lecène, Mondor) et Ricard, thèse de Lyon, 1924, qui donnèrent un regain de faveur à cette opération.

En effet, les lymphatiques et les ganglions du rectum ne s'échelonnent seulement dans sa gaine propre-

ment dite, mais ils remontent très haut à l'origine de l'artère hémorroïdaire supérieure, souvent, ainsi qu'au niveau de l'artère hémorroïdaire moyenne. Par conséquent, pour faire une opération complète, il importe de faire l'exérèse également très haut, jusqu'au point précité.

Ceci ne peut être fait que par la voie combinée abdomino-périnéale.

A l'heure actuelle, c'est bien le grand argument plaidant pour amputation abdomino-périnéale du rectum.

Cette recherche du mieux-faire n'est cependant pas parfaite pour les cancers bas situés et à plus forte raison pour les cancers anaux et ano-rectaux, qui nous occupent.

Il y a deux parties très différentes dans le rectum, soit au point de vue embryologique et topographique.

D'une part, la portion sus-périnéale, c'est-à-dire les régions ampullaires et sus-ampullaires de l'organe ; d'autre part, la partie périnéale du rectum, c'est-à-dire le canal anal.

A ces deux parties correspondent des territoires lymphatiques différents.

Les lymphatiques des régions ampullaires sont intra-pelviens et intra-abdominaux. Les lymphatiques du canal anal se rendent aux ganglions de l'aîne.

Il faudrait donc, pour l'opération idéale du cancer anal ou ano-rectal, faire ou bien une amputation périnéale au rectum, avec évidemment ganglionnaire du triangle de Scarpa, ou bien faire une amputation abdomino-périnéale avec ce même évidence.

Nous verrons, ultérieurement, ce que valent ces arguments thérapeutiques parfaits, mais pratiquement discutables.

Il y a, en effet, un point important avant tout, pour pouvoir raisonner les indications de l'une ou de l'autre voie dans la cure radicale du cancer anal ou anorectal. C'est la gravité opératoire, en un mot les résultats immédiats, d'autre part, le pourcentage de guérison définitive et de récidives, c'est-à-dire les résultats éloignés.

D'une façon générale, ce sont les opérations par la voie basse qui ont la mortalité la plus faible. Dans les meilleures statistiques, la mortalité est au-dessous de 10 pour 100. Rotter, Jaboulay, Poppert, Sackhart, Mummery et dans les statistiques les moins bonnes, cette mortalité n'excède pas 20 à 25 pour 100 dans les opérations.

Cependant, dans les opérations aujourd'hui abandonnées presque partout, avec résection sacrée (type Kraske) la mortalité était souvent considérable, puisqu'elle atteignait, chez Rotter et Schede 40 à 45 pour 100.

Dans les opérations abdomino-périnéales, au début, la mortalité opératoire était de 50 pour 100 (Quénu et Hartmann). Peu à peu, elle s'est abaissée et entre les mains de chirurgien expérimentés, elle semble osciller aux alentours de 30 pour 100. Mais ceci ne semble pas donner une notion juste de ce qui se passe en réalité, et il semble bien qu'à l'heure actuelle (Statistique de Chalié et Perrin) la mortalité vraie oscille encore autour de 40 pour 100.

Il est juste de dire que cette mortalité varie également avec l'âge du sujet (opération d'autant plus grave que le malade est plus âgé), avec l'état général le degré de cachexie, le *sexe*. Le pronostic opératoire est nettement meilleur chez la femme que chez l'homme.

Il serait banal d'examiner ici toutes les causes anatomiques et physiologiques qui rendent, chez la femme, toute intervention pelvienne bien moins meurtrière que chez l'homme. Nous rappellerons simplement quelle très importante et très heureuse amélioration a apporté notre maître, M. le Professeur Tixier, à la technique de cette opération, quand il eut l'idée, en 1905, d'exécuter d'une façon systématique, l'hystérectomie abdominale totale en un temps opératoire. C'est une façon rapide de se donner beaucoup de jour et artifice élégant pour isoler, grâce au grand lambeau péritonéal inférieur, tout le foyer opératoire de la grande cavité abdominale.

Cette méthode de M. le Professeur Tixier est actuellement définitivement admise par tous les chirurgiens et ses avantages, tant au point de vue de la mortalité post-opératoire qu'au point de vue des résultats éloignés (voir Thèse de Richard, Lyon, 1921) ne sont pas plus discutables.

(14) Tixier. Comptes rendus du XXVI^e Congrès français de Chirurgie, 1907.

Dejeux. Thèse de Lyon, 30 janvier 1908, inspirée par M. Tixier.

Schwartz. De l'extirpation du cancer du rectum chez la femme par la voie abdomino-périnéale. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 24 octobre 1910 et sa discussion.

Pour les résultats éloignés, la voie périnéale, coccy-périnéale ou sacrée donne de guérison définitive dans des proportions allant de 12,5 pour 100 (Schedé) jusqu'à 59,7 pour 100 (Von Herczel).

On voit donc que la fluctuation de pourcentage est formidable et varie avec les chirurgiens dans des proportions considérables. Ceci semble bien être en rapport avec la façon dont elle est faite. L'opération, en un mot, dépend souvent du chirurgien.

Les statistiques importantes des cas longtemps suivis, après l'opération combinée, sont pauvres ; Chalié et Perrin trouvent, sur 125 cas, un pourcentage de 17 pour 100 de guérison après trois ans.

Leur examen critique particulièrement sévère a éliminé tous les cas qui n'avaient pas doublé ce cap, et il semble que le pourcentage doit être plus élevé en réalité.

Les récides dépendent de la nature de la tumeur et aussi de la méthode opératoire. Elle varie entre 30 pour 100 et 78 pour 100 pour la voie basse et 20 pour 100 pour la voie combinée.

Le siège de cette récide a une importance capitale pour décider du choix de l'intervention. Il y a un fait très curieux évidemment dans toute opération correctement exécutée.

Ce qui est rare, c'est que la récide se fasse sur la muqueuse rectale.

Il est un plus fréquent de la voir survenir dans les ganglions et presque toujours la répullulation néoplasique se fait au niveau du périné, souvent de façon paradoxale

Il faudrait donc, dans l'opération, élargir toujours considérablement l'exérèse périnéale, l'ablation des ganglions haut situés, tendant à la perfection opératoire, mais ne *semble pas toujours indispensable, surtout dans les formes très basses que nous avons seules en vue* : le cancer anal ou ano-rectal.

En résumé :

On voit que les opérations par voie combinée sont thérapeutiquement plus parfaites et diminuent les chances de récidives, mais sont grevées d'une mortalité opératoire très lourde.

Les opérations — type périnéale — sont moins graves immédiatement, mais elles diminuent les chances de guérison durable ; ceci va nous permettre de discuter les indications opératoires du cancer anal ou ano-rectal.

Indications thérapeutiques.

Il y a évidemment des cas où celles-ci imposent l'établissement simple d'un anus contre-nature. C'est d'abord les cas où l'envahissement néoplasique est très étendu. Alors, on ne peut pas parler d'opération radicale chez l'homme, lorsque l'envahissement des organes génito-urinaires est manifesté. Lorsque les

fusées néoplasiques infiltrent les fausses ischio-rectales, chez la la femme, lorsque cet envahissement des creux ischio-rectaux est trop tendu et lorsque le néoplasme a englobé la paroi postérieure du vagin, l'opération radicale entraînant la formation d'un véritable cloaque, qui une terrible infirmité.

Dans ces cas, qui sont souvent compliqués d'infection retentissant plus ou moins gravement sur l'état général du malade, il faut borner l'acte chirurgical à une dérivation colique gauche, définitive des matières par l'anus de Pollosson.

Quelquefois, cette dérivation, du reste, a l'énorme avantage de faire diminuer ces phénomènes inflammatoires qui, par infiltration œdémateuse augmente le volume de la tumeur néoplasique et simulent des infiltrats cancéreux et ultérieurement, on peut voir devenir opérable une tumeur qui, de prime abord, semblait absolument inextirpable. (Obs. III).

Faut-il faire plus, dans les cas vraiment inopérables, c'est-à-dire doit-on combiner la dérivation des matières et le traitement par les agents physiques, comme le veulent MM. Gosset et Proust ? Il semble bien que le malade paye souvent fort cher une apparence de guérison qui pourrait être, peut-être obtenue par les cautérisation, curettage, extirpation atypique et incomplète, qui ne guérissent pas mieux, il est vrai, mais parrent aux phénomènes infectieux, aux hémorragies, aussi bien sans entraîner ces phénomènes de névrite de plexus sacré et ces métastases anormales, souvent si grandes à la suite d'applications de radium ou irradiations par les rayons X pénétrants. Il est du

reste impossible, à l'heure actuelle, de se faire une opinion définitive sur cette action du radium. .

Dans les cas opérables, il y a des groupes différents.
Cancer anal proprement dit et le cancer ano-rectal.

Cancer anal.

Comme nous l'avons vu, ce néoplasme est très spécial au point de vue anatomique et clinique ; il infiltre la région périnéale et c'est au niveau des ganglions de l'aîne qu'il se généralise, aussi, *il réalise une des dernières indications de l'opération de Lisfranc-type.*

Il faudrait, pour être parfait, la faire suivre de l'évidement systématique de deux triangles de Scarpa. En pratique, beaucoup de chirurgiens ne font ce curage ganglionnaire que lorsque l'envahissement est évident et palpable.

Cancer ano-rectal

Dans ces cas, l'opération idéale serait l'amputation abdomino-périnéale avec curage ganglionnaire des deux aînes ; mais l'étude des résultats montre que ces cancers ne récidivent que rarement au niveau des ganglions haut situés (chaîne mésentérique supérieure) ou au niveau des ganglions inguinaux. On a surtout affaire à des répullulations locales périnéales.

Il semble donc que, souvent en pratique, surtout, lorsqu'on a affaire à des gens peu résistants, âgés, on ait avantage à effectuer une opération *périnéale avec l'établissement préalable d'un anus contre-nature co-*

lique guche définitif. Cette opération périnéale doit être très étendue, suivant assez exactement la conception de Pauchet, on doit dépasser très largement les lésions du côté de l'anse sigmoïde, c'est-à-dire ouvrir le cul-de-sac de Douglas ou le cliver, pour abaisser tout le rectum et même la partie inférieure de l'anse sigmoïde.

Latéralement, on doit pousser à l'extrême l'exérèse cutanée, enlever complètement les fosses ischio-rectales, faire porter très loin la section de releveur, enlever complètement et évider la concavité sacrée et rechercher systématiquement le pédicule lymphatique hémorroïdaire moyen, qui peut être enlevé par cette voie.

A ce point de vue, l'observation III, de M. Rochet, est très instructive. En effet, il restait un doute après l'intervention sur l'envahissement de la partie supérieure de la gaine rectale. La malade revient le 10 avril 1924, avec un bloc néoplasique (volume d'une petite mandarine) au niveau de la cicatrice périnéale. Il semble bien que ce ne soit pas une véritable récurrence, mais la continuation de lésions non enlevées opératoirement.

Faut-il faire la résection coccygienne ou sacro-coccygienne ? Pour le coccyx, ce n'est pas douteux si on éprouve quelques difficultés pour le clivage postérieur du rectum et de sa gaine, on peut l'enlever, mais il y a déjà longtemps que la résection du sacrum a été condamnée à cause des résultats déplorables au point de vue gravité immédiate. Mais il ne faut pas l'exécuter à la légère, car depuis longtemps, notre Maître,

M. le Professeur Tixier, a montré que des fistules persistantes peuvent être causées par une ostéite infectueuse consécutive. Elle ne trouve plus que quelques rares défenseurs en Allemagne.

En résumé :

Le cancer anal est la dernière indication de l'opération de Lisfranc-type, à condition que chez l'homme, les phénomènes infectueux ne soit pas trop grands, que l'envahissement des fosses ischio-rectales ne soit pas trop étendu et que chez la femme, les lésions n'entraînent pas une colpectomie trop vaste, car alors elles déterminent la formation d'un véritable cloaque — odieuse infirmité. — Dans ce cas, il faut faire une dérivation préalable par l'anus de Pollosson, qui permettra quelquefois une opération locale ultérieure et qui toujours, en faisant disparaître les douleurs et les phénomènes infectieux surajoutés, retardent d'une façon très favorable l'évolution fatale du cancer.

Dans le cancer ano-rectal, l'opération idéale est l'amputation abdomino-périnéale, mais souvent, en pratique, l'*amputation périnéale élargie du rectum* suffira chez les gens âgés, affaiblis ou à état général mauvais.

Observations.

OBSERVATION I

*Cancer anal avec envahissement sus-sphinctérien.
Incontinence.*

Malade opérée par le Docteur Pinatelle, dans le service de M. Tixier.

P... Jeanne-Marie, entrée le 16 août 1906, âgée de 53 ans. Morte le 30 août 1906.

Entre pour une affection du rectum. Père mort d'une néphrite. Mère morte ; ne sait pas de quelle maladie. Pas d'antécédents personnels. Hémorroïdes depuis 5 ans. Constipation habituelle. Il y a trois mois, la malade a ressenti des douleurs de plus en plus vives en allant à la selle. Constipation opiniâtre. Matières dures, oviliées. Hémorragies abondantes après les selles.

Actuellement, la malade a des glaires abondantes qui coulent continuellement et tachent sa chemise. La malade a maigri beaucoup depuis trois mois. Perte de forces. L'appétit est conservé.

A l'examen. — On constate au niveau de l'anus une tumeur d'aspect papillomateux, volumineuse et recouverte de glaires. Consistance molle au toucher.

La tumeur remonte au-dessus du sphincter. Le toucher est douloureux. La tumeur occupe la partie antérieure du rectum et un peu des parties latérales ; la tumeur envahit le triangle recto-vaginal, mais la muqueuse vaginale est encore libre.

22 août 1906. — Ablation de la tumeur par M. Pinatelle. Incision péri-anale circonscrivant la tumeur, qui est disséquée après l'obstruction de l'anus.

Dissection jusqu'à la limite supérieure de la tumeur ; section du rectum, et la tumeur est libérée.

Deuxième temps. — On attire le bout supérieur du rectum, qu'on fixe aux lèvres de la plaie.

26 août 1906. — La malade présente de la température ; pouls à 100.

Lavages journaliers de la plaie ; la malade prend du muguet.

30 août 1906. — Mort.

OBSERVATION II

Ulcération cancéreuse de l'orifice anal. Infiltration du périnée et de la paroi rectale droite. Cancer ano-rectal. Légère incontinence. Anus de Pollosson. Radium.

Malade opérée par M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, à la Clinique chirurgicale du Professeur Tixier.

R., Jean, entré le 10 octobre 1923, âgé de 72 ans.

Envoyé par le Docteur Brûny, pour néo de l'anus.

A. H. — Rien d'intéressant.

A. P. — A toujours eu une bonne santé habituelle ; tousse assez facilement, mais pas de pleurésie. Deux enfants en bonne santé.

L'affection actuelle a débuté il y a un an par des troubles dans la région anale et une légère incontinence sphinctérienne ; il était obligé de se présenter rapidement à la selle, lorsque le besoin apparaissait. Mais déjà depuis un an auparavant, il avait eu des hémorragies rectales — de sang rouge — un médecin déclara qu'il s'agissait d'hémorroïdes.

Depuis, faux besoins et émissions des selles sanglantes. Dans l'intervalle des selles, émission de liquide sanguinolent qui obligeait le malade à se garnir et survenait surtout alors

dans la station debout. Il n'a jamais eu de diarrhée ; il avait plusieurs selles par jour, cinq ou six.

A l'examen de la région anale, à droite de la ligne médiane, ulcération à bord dur et infiltré.

Le fond est sanieux et saigne très facilement ; la pression en fait sourdre une sorte de pulpe grisâtre.

Cette ulcération, d'une dimension d'une pièce d'un franc, repose sur un plaque de tissu infiltré, large comme une pièce de cinq francs ; elle est très irrégulière.

Le *toucher rectal* montre une infiltration de la paroi latérale droite du rectum remontant assez haut, avec quelques bourgeons. La tumeur est ano-rectale. Elle déborde légèrement à droite et il existe une légère infiltration du périnée ; la tumeur est surtout antérieure et latérale droite. La prostate n'est pas perceptible. On pourrait faire une amputation de Lisfranc, mais on veut placer du radium auparavant.

19 octobre 1923. — Anus contre nature de Pollosson. Anesthésie générale. Ether. MM. P. Bonnet et Déchaume. Laparotomie sur le bord du muscle droit gauche. Il existe une péritonite plastique. Les anses sont soudées par places, couvertes d'un enduit opalescent, avec brides filamenteuses.

Ce qu'on voit d'abord, c'est le côlon transverse qui descend très bas vers la vessie et qui est pris tout d'abord pour le côlon sigmoïde.

Le côlon descendant est très rétracté, du volume du pouce et les bandes sont à peine visibles sur sa surface blanchâtre. On pratique un anus en canon de fusil, avec isolement de deux bouts. On ne perçoit rien par le palper abdominal intéressant l'exérèse ultérieure.

22 octobre 1923. — Sous anesthésie générale, application du radium, quelques milligrammes pendant 48 heures.

7 novembre 1923. — On ne note aucune amélioration dans l'état local. Il y a une induration sous-cutanée de la région anale du côté droit. Par contre, l'état général s'est remonté et l'anus est parfait.

OBSERVATION III

Cancer anal avec envahissement de la cloison recto-vaginale. Fistule vaginale. Premier temps : Etablissement d'un anus de dérivation de Pollosson. Deuxième temps : Amputation périnéale. Guérison. (M. Philippe ROCHET, chef de clinique à la Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER.)

G., Valentine, entrée le 10 octobre 1923, âgée de 53 ans.

La malade est envoyée à la Clinique pour une tumeur du rectum.

A. H. — Père mort d'une affection inconnue. Mère morte à 49 ans d'hémorragie causée par un ulcère variqueux. Un frère en bonne santé.

A. P. — Mariée à 22 ans. Mari en bonne santé. Pas d'enfants. Une fausse couche à quatre mois, accidentelle. Réglée à 12 ans, normalement. Pertes blanches abondantes dans le jeune âge. Les pertes arrivaient au moment des règles. Jamais des pertes rouges. Actuellement encore, quelques pertes blanches, assez fétides, rougeâtres. Pas de caillots ni de débris de tumeurs. Bonne santé antérieure. Rougeole dans l'enfance.

L'affection actuelle date du 25 mars 1923. A cette époque, la malade ressent une sensation de lourdeur dans le bas-ventre et quelques douleurs dans les lombes.

Cette sensation de fatigue se calme par le repos. Jamais de douleurs à la défécation. L'appétit paraît avoir diminué. Anorexie pour la viande. Pas d'éprieux ni de faux besoins.

La malade, vers le mois de mars, était un peu constipée et faisait même un peu de sang en allant à la selle. Actuellement, matière normale ; ni constipation ni diarrhée. La malade signale qu'elle trouve parfois du sang sur ses matières. Pas de glaires. Pas de troubles de la miction. Amaigrissement de 5 à 6 kilos, depuis trois à quatre mois.

Devant ces symptômes, la malade va consulter un docteur, qui trouva une irritation du col et la traita pour des hémorroïdes ; puis, par la suite, après un examen plus approfondi, il diagnostique une tumeur rectale et l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen. — Malade un peu amaigrie, pas de température. Au toucher vaginal, on sent la paroi postérieure du vagin soulevée par une induration bosselée.

Le col utérin est tout au fond de ce vagin, aplati dans le sens antéro-postérieur, mais normal. Le corps utérin semble pètit. On est surpris de retirer le doigt chargé d'un liquide sanieux, glaireux et sanguinolent, comme s'il venait de l'intestin.

On ne voit rien à l'anus, même lorsqu'on fait pousser la malade.

Toucher rectal. — On trouve immédiatement une induration bosselée, *bas située*, qui enserre l'ampoule et qui rappelle, jusqu'à un certain point, les rétrécissements du rectum, en particulier du syphilome ano-rectal.

L'induration a l'air sous-muqueuse ; elle prédomine vers le côté, surtout à gauche ; le rectum est blindé. En avant, la masse indurée cède brusquement et le doigt pénètre dans un large cratère, dont le fond est constitué par la paroi vaginale postérieure extrêmement amincie, où *siège* probablement la *fistule*.

Il s'agit d'une forme de *néo* de l'ampoule, très particulière en ce sens qu'il a une induration sous-muqueuse, qui pouvait faire penser à un *néo* secondaire.

D'autre part, l'existence d'une fistule recto-vaginale, le siège de la tumeur, posent un problème thérapeutique intéressant.

Faut-il pratiquer une abdomino-périnéale ou une hystérectomie primitive ? Il semble que la véritable indication paraît une amputation par voie périnéale du rectum, avec ablation de l'utérus en un seul bloc.

11 octobre 1923. — MM. Rochet et Duclos. Anesthésie générale à l'éther. Anus de Pollosson à l'ordinaire. Suites opératoires normales. Réunion sans suppuration.

8 novembre 1923. — MM. Rocher, Ricard, Duclos, Rachi-anesthésie novocaïne. Amputation du rectum, périnéale élargie, avec colpectomie postérieure presque totale, en raison de l'envahissement de la paroi recto-vaginale dans ces deux tiers inférieurs.

On dépasse largement la limite supérieure du néo, 10 centimètres. Cette résection étendue est nécessitée par l'envahissement de la gaine périrectale remontant très haut. Cependant, on peut éviter l'ouverture de cul-de-sac postérieure, qu'on referme à la façon d'un sac herniaire.

Reconstitution partielle du vagin, abouchement du bout abaissé à la peau (drainage de l'espace rétro-rectal par une mèche et un drain).

A l'examen de la pièce. — Néo typique (ano-rectal), en l'ail de papillon.

Envahissement de la cloison recto-vaginale, avec fistule bas située. Les ganglions péri-rectaux sont d'apparence néoplasique.

Il semble bien, malgré cela, que l'on ait dépassé la limite supérieure du mal ??

24 janvier 1924. — La malade sort en bonne voie de cicatrisation ; l'anus de Pollosson fonctionne bien. Localement, pas de repullulation.

OBSERVATION IV

Cancer anal. Sphinctéralgie. Rectorrhagie. Ulcération cancéreuse muco-cutanée. Amputation de Lisfranc.

(M. Philippe ROCHET, chef de clinique à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur TIXIER.)

L... Marie, entre le 18 octobre 1923, âgée de 75 ans. Vient pour les hémorroïdes.

A. H. — Père et mère décédés dans un âge avancé.

Neuf frères et sœurs décédés d'affections indéterminées.

A. P. — Très bonne santé antérieure. On note des crises de colique hépatique, pour laquelle la malade a été à Vichy. L'affection actuelle remonte à un an environ. Le début se fit par de la constipation, qui s'installa peu à peu et dura trois ou quatre jours, au bout desquels la malade se purge, ce qui lui permet d'aller à la selle.

Pendant cette période de constipation, la malade se sent le ventre ballonné, mais n'éprouve aucune douleur. Puis, la constipation diminue de plus en plus et, il y a six mois environ, la malade s'aperçut qu'elle faisait du sang dans ses matières.

Il s'agissait d'un *sang rutilant, sans caillots*. Cette douleur est constante comme intensité et ne procède pas par crise. Spontanément, peu de douleur. En même temps, apparaissent sur les selles des éléments noirâtres, et, il y a trois mois, la malade prit des petites hémorragies rectales consistant en *sang rouge*, mais qui, depuis ces derniers temps, lui parut être décomposé. Elle dit avoir maigri beaucoup depuis un an et perdu peu à peu ses forces.

L'appétit a progressivement diminué. Actuellement, elle souffre spontanément, toujours dans la région péri-anale ; cette douleur est augmentée par les mouvements, en particulier quand elle se lève. A signaler également qu'elle devient jaune, depuis huit à dix mois environ. Douleur très vive au niveau d'une varice, ce qui fait craindre une phlébite.

A l'entrée, malade amaigrie, teint subictérique. Le toucher rectal est très douloureux, car on est obligé de vaincre une sphinctéralgie intense. Véritable entonnoir néoplasique ano-rectal, avec infiltration cancéreuse à l'union de la muqueuse et de la peau.

Pas de ganglions inguinaux, pas d'altération autour de l'anus. Examen abdominal négatif. Rien au cœur, ni aux poumons. Ni sucre, ni albumine.

Malgré ses 75 ans, la malade est suffisamment résistante pour qu'on puisse faire une amputation périnéale.

22 octobre 1923 (Rochet, Duclos). — Rachianesthésie. Scurocaïne, 6 centigrammes.

Amputation périnéale typique de Lisfranc chez la femme. On fixe le rectum d'abord au releveur et à la cloison vaginale par des points perdus au catgut ; puis, abouchement du rectum à la peau, avec des fils de crin. Drainage en arrière au contact du coccyx.

Pièce conservée par M. Pollosson ; forme ulcéreuse, bourgeonnant à la périphérie.

OBSERVATION V

Cancer ano-rectal à point de départ ampullaire. Bourgeons prolapsés entre les lèvres de l'anus. Sphinctéralgie. Rectorragie. Amputation périnéale du rectum, avec section de la cloison recto-vaginale. (M. le Professeur TIXIER.)

S... Marie, âgée de 63 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour des hémorragies ano-rectales.

A. H. — Mère, 81 ans, en bonne santé. Père mort d'une affection cardiaque. Onze frères ou sœurs, dont neuf sont encore vivants.

A. P. — Mariée à 23 ans. Mari décédé interné dans un asile. Quatre enfants, dont deux sont morts ; un à la guerre et l'autre en bas âge. Réglée à 16 ans, normalement.

Quelques coliques hépatiques. L'affection actuelle semble remontée au mois de mars 1923. Le début se fit insidieusement, par de la diarrhée peu prononcée cependant. En même temps, la malade eut des douleurs anales et périnéales spontanées et provoquées surtout *lors de la défécation*.

Cette douleur est sans irradiation. On note également de faux besoins nombreux ; enfin, la malade s'aperçut, un jour, qu'elle perdait une petite tumeur qui la faisait souffrir et qu'elle prit pour des hémorroïdes. Dès le début également, elle s'était aperçue que sur ses matières s'étalait du sang rouge, sans caillots, relativement peu abondant. Ces hémorragies ne se produisaient que lors de la défécation.

L'amaigrissement n'a commencé que ces temps derniers ; la malade n'a pas perdu ses forces et conserve bon appétit.

Depuis quinze jours environ, la malade a fait des glaires abondantes dans ses matières, mais elle dit que les hémorragies ont plutôt diminué. Les douleurs n'ont pas varié ; pas de crise de subocclusion.

A l'examen. — Malade non amaigrie, bien colorée ; état général bien conservé. Abdomen souple. Petits ganglions inguinaux à droite. Hernie avec lipome pré-herniaire dans la région crurale gauche. Foie et rate non perçus, cœur et poumons, rien.

Ni sucre, ni albumine.

A la simple inspection, on note la présence de deux bourgeons sortant du rectum.

Le toucher rectal très douloureux révèle que ces bourgeons d'une consistance ferme, se prolongent sous forme de masses indurées occupant la partie inférieure du rectum ; principalement les faces antérieure et droite. Le doigt ramène du sang.

Toucher vaginal. — On perçoit à droite une coulée néoplasique sous la cloison recto-vaginale. Mais la tumeur peut être facilement dépasser.

31 octobre 1923 (MM. Tixier, Rochet). — Rachianesthésie. Amputation de Lisfranc typique en y ajoutant une section de la cloison recto-vaginale sur la ligne vaginale, ce qui permet d'enlever largement le noyau néoplasique.

On reconstitue rapidement le périnée, pour séparer le vagin de l'anus périnéal. Abouchement du rectum au périnée.

22 décembre 1923. — Suites opératoires très satisfaisantes.

La malade part dans un état de santé satisfaisant, tant au point de vue général que local.

Conclusions.

I. — Le cancer réellement anal est rare ; le plus souvent, il envahit la partie inférieure de l'amopule ; il est ano-rectal.

II. — Il débute exceptionnellement au niveau même de l'orifice anal, à l'union de la muqueuse et de la peau et a alors une marche extensive périphérique vers la fosse ischio-rectale et centrale ascendante intra-rectale.

Plus souvent, il apparaît au-dessus du sphincter et ne gagne que progressivement, par une marche descendante, l'entonnoir anal, soit sous forme de bourgeons procidents, à l'extérieur, soit sous forme d'ulcérations destructives de haut en bas.

III. — Lorsque le cancer est exactement développé au niveau du sphincter, on peut reconnaître, au milieu de la symptomatologie habituelle du cancer du rectum, des signes très particuliers à cette localisation.

a) Une *sphinctéralgie* très douloureuse, quand le sphincter n'est pas détruit.

b) Au contraire, une véritable *incotenance*, lorsque le muscle sphinctérien est détruit.

Ce sont les symptômes propres aux cancers orificiels.

c) De véritables rectorrhagies fluentes, sans ténisme.

d) Une diarrhée profuse qui, chez la femme, peut s'écouler par le vagin, à la suite d'une fistule recto-vaginale.

IV. — Lorsque le cancer est très inférieur, il peut être reconnu à la vue, soit sous forme d'ulcérations sphacéliques, soit sous forme de bourgeons saignotants. Le diagnostic est alors à faire avec les ulcérations de la marge de l'anus ou avec les tumeurs polypeuses recto-anales.

Lorsqu'il est sus-sphinctérien, il ne peut être dépisté que par le toucher rectal, qui doit être systématiquement pratiqué chez tout malade présentant le moindre trouble ano-rectal.

V. — Le pronostic du cancer ano-rectal est relativement moins grave que celui des autres formes du cancer du rectum.

VI. — Le cancer anal pur, le cancer ano-rectal limité à la portion du rectum sous-jacente à l'insertion des releveurs réalise l'indication de l'amputation péri-

néale, type Lisfranc, avec section ou résection de la cloison recto-vaginale chez la femme.

Mais alors que le cancer est compliqué de fusées purulentes ou néoplasiques dans les fosses ischio-rectales, lorsque, chez la femme, il a envahi très largement la cloison vaginale, il faut ne pas hésiter à établir sur l'S iliaque, un anus de dérivation définitif : anus de Pollosson, anus terminal.

Cet anus constituera le meilleur traitement palliatif, alors même qu'on ne pourra plus agir dans un deuxième temps sur le cancer lui-même, mais souvent aussi, grâce à la désinfection du bout rectal, ainsi exclu, on sera étonné, au bout de quelques semaines, de constater la possibilité d'extirper aisément le cancer, jugé d'abord inopérable.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Juin 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

TABLE DES MATIERES

Chapitre premier. — Etiologie	7
Chapitre II. — Anatomie pathologique	11
Chapitre III. — Etude clinique.	17
1. — Diagnostic	17
2. — Evolution et pronostic	32
3. — Formes cliniques	34
4. — Complications	36
Chapitre IV. — Traitement (étude critique)	43
Observations.	61
Conclusions	71

NOTE. — Une bibliographie très complète sur le cancer du rectum étant donnée par le livre récent de MM. CHALIER et MONDOR, nous n'avons pas jugé utile de la reproduire ici ; nous y avons puisé tous les éléments bibliographiques essentiels.



